

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Überweisungsschein

06
Quartal

<input type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung
<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2	
Überweisung an			
<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen		<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V		AU bis	

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (10.2019)

Universitätsmedizin Mannheim • Pathologisches Institut

Prof. Dr. med. Christoph Brochhausen-Delius (Direktor)



Antrag auf histologische bzw. zytologische Begutachtung

Ambulant

Stationär

Kasse

WLA / Privat

Art und Entnahmestelle des eingesandten Materials, Klinische Diagnose, Fragestellung

Eingangsnummer

Eingangsdatum

Stempel des einsendenden Arztes

Rechnungsadresse
(falls abweichend)

gewünschtes Versandmaterial

Versandbeutel

Untersuchungsanträge

Datum, Unterschrift